

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

385
No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Robert-Marie-Joseph HAREL

Né le 15 Août 1909, à l'Île Maurice

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'AVORTEMENT

ÉTUDE STATISTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Président : M. LÉVY-SOLAL, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Robert-Marie-Joseph HAREL

Né le 15 Août 1909, à l'Île Maurice

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'AVORTEMENT

ÉTUDE STATISTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Président : M. LÉVY-SOLAL, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1938

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLEIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale.	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiatrie
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT			
SÉZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

*En témoignage de ma profonde
affection.*

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉVY-SOLAL

Professeur de Clinique Obstétricale
Accoucheur de l'Hôpital Saint-Antoine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.
Hommage de ma gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEVANT

Accoucheur de l'Hôpital Beaujon (Clichy)
Chevalier de la Légion d'Honneur

*En reconnaissance de l'intérêt qu'il
a bien voulu me porter pendant les
deux années que j'ai passées dans
son service.*

*Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse et conseillé au cours de ce tra-
vail. Qu'il reçoive l'expression de
mon respectueux attachement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHÉRY

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

MONSIEUR LE PROFESSEUR BASSET

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHIRAY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AMELINE

MONSIEUR LE DOCTEUR KÜSS

MONSIEUR LE DOCTEUR GRENET

MONSIEUR LE DOCTEUR AUBERTIN

MONSIEUR LE DOCTEUR SUREAU

INTRODUCTION

Nous avons pu réunir 728 cas d'avortements reçus à l'isolement de la Maternité de l'Hôpital Beaujon-Clichy, au cours de ces deux dernières années. Il nous a paru intéressant d'en faire une étude d'ensemble. Étant donné le nombre assez élevé des cas hospitalisés, on peut légitimement, semble-t-il, en tirer quelques conclusions. Nous insisterons surtout sur la thérapeutique appliquée, car elle a toujours été basée sur les mêmes directives.

Avant d'aborder l'étude de ces différents cas et d'indiquer la manière dont nous les avons classés, nous dirons seulement, pour être classiques, que, parmi ces 728 cas, il y a eu 39 % de primipares et 61 % de multipares — l'âge des grossesses où l'avortement se produit s'échelonne entre 6 semaines et avec une prédominance marquée pour les termes de 2 à 3 mois.

Reste à rechercher les causes de ces avortements : on sait que c'est là une enquête bien décevante et, dont le résultat sera toujours sujet à caution. Néanmoins, chaque malade a été interrogée à ce point de vue dans tous les cas et ils sont nombreux, où l'in-

terruption de la grossesse n'était pas d'explication évidente. Assez souvent on obtenait l'aveu de manœuvres antérieures pour provoquer l'avortement. Souvent aussi, un silence obstiné équivalait à un aveu réticent. Toute statistique étiologique reste donc impossible, mais cependant une impression se dégage, c'est que la très grande majorité des cas sont des avortements provoqués. Ce qui explique d'ailleurs le grand nombre d'interventions pratiquées.

Nous avons séparé nos observations en deux catégories différentes.

Dans la première, de beaucoup la plus nombreuse, nous avons classé tous les cas qu'on pourrait appeler simples, et dont l'évolution se termine par l'évacuation utérine, spontanée ou opératoire.

Dans la seconde, nous avons fait rentrer tous les cas dont la gravité ou les complications appellent des thérapeutiques variées.

PREMIÈRE CLASSE. AVORTEMENTS SIMPLES

Ils sont au nombre de 703. Nous n'insisterons pas sur les signes cliniques, bien connus, et qui n'offrent aucun intérêt spécial. Seuls, quelques signes particuliers nous arrêteront au passage, quand nous étudierons les différents aspects sous lesquels se présentent ces avortements non compliqués.

Parmi eux, nous avons classé les avortements spontanés, qui en forment l'infime minorité.

La plupart de ces cas d'avortements sont des avortements incomplets. Le plus souvent une partie de l'œuf était retenu *in utero*, parfois l'œuf entier et la matrice n'avait aucune tendance à se débarrasser spontanément de son contenu. Cette fréquence de la rétention trouve facilement son explication, soit parce qu'il s'agissait de grossesses jeunes (on sait que les œufs ont d'autant plus de chance de se fragmenter et de laisser des débris *in utero* que la grossesse est moins évoluée) soit, surtout, parce que l'avortement avait été provoqué et que le mécanisme normal du travail (dilatation du col, décollement physiologique de l'œuf) n'avait pas été respecté.

Ainsi donc, se posait la question de l'évacuation

de l'utérus, dont l'indication, au cours de l'avortement incomplet, est actuellement admise par l'unanimité des auteurs. On connaît trop les complications immédiates ou éloignées, hémorragiques ou infectieuses auxquelles donne lieu la rétention de débris ovulaires *in utero* pour ne pas ériger en règle formelle d'obtenir la vacuité utérine quand l'avortement est incomplet.

Deux méthodes s'offrent pour libérer l'utérus des restes ovulaires qui y sont retenus. L'une est rapide, extemporanée : c'est le curettage, avec une curette mousse ou tranchante, précédé, si besoin est, d'une dilatation du col aux Bougies de Hégar.

L'autre beaucoup plus lente, rejette délibérément l'usage de la curette, et n'admet que le curage digital, après dilatation large du col par des lamineaires.

Dans la statistique que nous rapportons, la deuxième méthode a été, délibérément, presque uniquement employée, puisque nous n'avons relevé que 55 cas de curettage, c'est-à-dire 7,43 %.

Le curettage présente, en effet, de multiples inconvénients.

Tout d'abord les Bougies de Hégar, quand leur emploi est nécessaire, traumatisent fatalement les tissus de l'orifice interne qu'elles sont obligées de « forcer ». Il ne s'agit pas de déchirures visibles, mais de fissures internes, l'orifice semble céder d'un seul coup, mais c'est parce qu'il a été partiellement rompu — les lésions cervicales ouvrent une porte à la propagation de l'infection et, de plus créent du tissu

cicatriciel qui pourra entraver la dilatation lors d'un accouchement ultérieur.

Une fois la dilatation obtenue, l'évacuation de l'utérus à la curette présente des dangers et des inconvénients. Le plus grand danger, c'est la perforation utérine, perforation qui se produit toujours en milieu septique et qui pose donc l'indication de l'hystérectomie d'urgence.

Evidemment, ce n'est pas là un accident fréquent, mais quiconque a la pratique du curettage post-abortum sait que, tout opérateur, si prudent et avisé soit-il, y est exposé.

L'autre danger, c'est de faire une évacuation utérine incomplète. La curette, aveugle, doit méthodiquement gratter toutes les parties de la cavité utérine (y compris les cornes et le fond) pour être aussi certaine que possible de ne pas laisser derrière elle des débris in utéro, et pourtant il arrive que, malgré une révision méthodiquement faite elle passe, sans les enlever, sur des débris que l'on retrouve lors de complications ultérieures.

Aussi pour éviter cette évacuation utérine incomplète, est-on amené à faire des curettages plus appuyés, avec des curettes à tranchants plus aigus ; un autre danger surgit alors, celui d'enlever plus qu'il ne faut, de dépasser les débris ovulaires, d'entamer la muqueuse, sinon la musculature, de la paroi utérine, d'en ouvrir les vaisseaux sanguins et lymphatiques, aidant ainsi à la propagation de l'infection qui existe, latente, sinon déclarée, dans bien des cas.

En somme, il paraît peu logique d'employer une méthode brutale, traumatisante et en partie aveugle pour évacuer une cavité utérine toujours suspecte d'infection et encombrée de débris ovulaires, c'est-à-dire de corps étrangers qui, physiologiquement, ne demandent qu'à se séparer d'elle. Ce n'est guère que dans les cas rendus rapidement graves par une hémorragie profuse que l'indication d'un curettage d'urgence peut se poser.

La méthode de l'évacuation lente de l'utérus abortif cherche à pallier aux dangers et aux inconvénients du curettage : elle ne doit donc être ni aveugle ni traumatisante.

Pour ne pas être aveugle, elle cherche, avant tout, à obtenir une large dilatation de l'utérus, afin que deux doigts puissent y pénétrer. Dans les grossesses interrompues très précocement, une telle ouverture du col est parfois impossible à atteindre, mais on peut toujours le dilater suffisamment pour introduire un doigt explorateur.

Cette dilatation du col, pour ne pas être traumatisante, se fait par des tiges de lamineaires. Elle est donc lente et demande souvent plusieurs jours pour atteindre un degré suffisant. Il semble qu'on pourrait craindre de voir, durant ce temps nécessaire à la dilatation, des accidents éclater dans les cas où le contenu de l'utérus est infecté. Il n'en n'est rien si on a soin de poser plusieurs lamineaires à la fois, en faisceau ; le drainage de l'utérus se fait entre elles, car il ne faut pas oublier que la présence des lamineaires dans le col

déclanche dans le corps utérin des contractions qui facilitent l'évacuation de son contenu.

L'évacuation utérine proprement dite, se fait uniquement à l'aide de deux doigts introduits dans l'utérus. Que si, à cause d'une dilatation impossible à obtenir suffisante, un doigt seulement a pu pénétrer dans la cavité utérine, il l'explore, il repère l'emplacement des débris restants. La curette alors entre en jeu pour aller directement les détacher, sans procéder à un grattage aveugle de toute la muqueuse utérine. Le curage digital présente deux gros avantages sur le curettage.

— Il n'offre aucun risque de perforation utérine.

— Il est certain, une fois terminé, de laisser une cavité utérine entièrement vide. Bien plus, il permet parfois de découvrir la cause de l'avortement : Malformation utérine, fibrome sous-musqueux, polype du fond utérin, insertion angulaire de l'œuf, etc.

TECHNIQUE DE L'ÉVACUATION LENTE DE L'UTÉRUS ABORTIF

1^o Dilatation du col aux lamineaires.

Le but à atteindre, nous l'avons vu, est d'obtenir une dilatation suffisante pour permettre d'introduire deux doigts dans l'utérus, dilatation qui doit être lente, progressive, pour ne pas traumatiser l'orifice interne du col.

La femme mise en position gynécologique, un toucher fait sentir quel est le degré d'ouverture du col, sa perméabilité ou, au contraire, sa stricture (fréquente surtout dans les cas où l'infection utérine est déjà nettement déclarée). En même temps, les doigts repèrent, avec la grosseur, la position du corps utérin, en situation correcte, ou incliné trop en avant ou en arrière.

On sait déjà, après cet examen, à peu près le calibre des lamineaires à introduire, la courbure qu'il faudra leur donner et la direction où les pousser.

Le spéculum mis en place, un badigeonnage du col à l'alcool iodé évite toute infection vaginale. On pose alors, successivement, un faisceau de 3 ou 4 lamineaires, en se rappelant qu'il est préférable d'en poser 4

de petit calibre plutôt que 2 plus grosses, pour assurer un meilleur drainage de l'utérus ; bien entendu, toutes doivent dépasser l'orifice interne du col — l'introduction des tiges de lamineaires est, en général, très facile dans ces cols qui sont déjà plus ou moins ouverts ou perméables, et bien souvent ne nécessite même pas l'appui d'une pince qui tire le col.

Quelques compresses, roulées en tampon vaginal, maintiennent en bonne place le faisceau de lamineaires. Celles-ci seront changées, pour de plus grosses, le lendemain, et chaque jour, jusqu'au moment où on peut introduire 4 lamineaires : n^{os} 16 à 18 : on est presque certain alors de pouvoir introduire deux doigts dans l'utérus. Le plus souvent, on peut prendre tout son temps pour effectuer cette dilatation du col, aucun incident ne survient, et même, le plus souvent, comme nous le verrons dans les observations, les signes d'infection disparaissent grâce au drainage utérin.

2^o Curage de l'utérus.

Le Curage de l'utérus a gros avantage à être fait sous anesthésie générale légère. Non que l'introduction d'un ou deux doigts dans un utérus bien dilaté soit douloureuse, mais parce que, en endormant la malade, on peut empaumer son utérus à travers la paroi abdominale relâchée et faciliter ainsi le travail des doigts intra-utérins.

Ceux-ci doivent-ils être gantés ou non ? c'est là une question d'habitude de l'opérateur. Des gants

moulés assez fins n'enlèvent aucune finesse de tact à celui qui y est accoutumé. Mais la main nue, passée à l'alcool iodée, est parfaitement correcte.

La femme endormie, le champ opératoire y compris le col, badigeonné à l'alcool iodé, 2 doigts seulement sont introduits dans le vagin et cherchent à pénétrer dans le col dilaté. Celui-ci vient au devant d'eux, grâce à la main abdominale, qui refoule le corps utérin et l'abaisse vers le périnée.

Un ou deux doigts pénètrent ainsi facilement dans l'utérus et vont décoller les débris qui y restent ; tantôt il s'agit d'un placenta, voire même d'un œuf entier, qui n'adhère plus que par une petite surface et qu'on détache facilement d'un coup de doigt ; tantôt ce sont des débris placentaires restés adhérents que l'on décolle patiemment ; leur mollesse et leur souplesse permettent au doigt (mais non à l'aveugle curette) de les distinguer du tissu utérin, plus résistant, et de ne pas traumatiser ce dernier.

Les doigts, avant de se retirer, s'assurent par une révision soigneuse de la cavité utérine que tous les débris sont décollés. Ceux-ci sont alors évacués en exprimant l'utérus entre la main abdominale et deux doigts placés dans le Douglas.

Une compresse sèche, enroulée sur une pince, va balayer les derniers débris détachés et on termine par un badigeonnage intra-utérin à l'alcool iodé.

Dans quelques cas on n'arrive pas à obtenir une dilatation suffisante pour permettre même à un seul doigt d'avoir l'espace nécessaire pour décoller les

débris restés in utéro. Cette éventualité se rencontre dans les avortements très jeunes et, surtout, dans les cas où il s'agit de rétentions placentaires anciennes, datant de plusieurs semaines.

Le doigt intra-utérin devient alors seulement explorateur, repérant les débris que la curette va décoller, s'assurant ensuite de la vacuité de l'utérus.

AVORTEMENTS NON COMPLIQUÉS

CLASSIFICATION

Nous les avons classé en deux groupes.

I. — Cas apyrétiques avant l'évacuation utérine.

II. — Cas avec fièvre avant l'évacuation utérine.

Ce deuxième groupe renferme donc les cas qui, *a priori*, sont suspects d'infection.

Dans chacun de ces 2 groupes nous avons séparé :

— d'une part, les *utérus ouverts* dont le col permet l'introduction facile de deux doigts dans l'utérus pour pouvoir l'explorer et le vider par curage digital ;

— d'autre part, les utérus dont le col insuffisamment ouvert nécessite une dilatation préalable.

1^{er} GROUPE. — Avortements apyrétiques avant l'évacuation.

Ce groupe représente 475 cas, parmi lesquels :

268 n'ont nécessité aucune dilatation préalable ;

217 ont dû être dilatés aux lamineaires.

A) Utérus suffisamment ouverts à l'arrivée.

Nous avons réparti ces 268 cas de la façon suivante :

1^o Avortements spontanés, 14 cas.

2^o Curages avec suites de couches normales, 207 cas.

3^o Curages avec 1 jour de fièvre à la suite, 37 cas.

4^o Curages avec suites de couches fébriles, 10 cas.

B) Utérus ayant subi une dilatation préalable.

Nous avons réparti 217 cas de la même façon :

1^o Dilatation. Curage, avec suites de couches normales, 146 cas.

2^o Dilatation. Curage avec 1 jour de fièvre à la suite, 51 cas.

3^o Dilatation. Curage, avec suites de couches fébriles, 20 cas.

2^e GROUPE. — Cas avec fièvre avant l'évacuation utérine.

Ce groupe représente 218 cas parmi lesquels :

121 n'ont nécessité aucune dilatation préalable ;

97 ont dû être dilatés aux lamineaires.

A) Utérus suffisamment ouverts à l'arrivée.

Nous avons réparti ces 121 cas de la façon suivante :

1^o Curage et suites de couches normales, 83 cas.

2^o Curage et suites de couches fébriles, 38 cas.

B) Utérus ayant subi une dilatation préalable :

Nous avons réparti ces 97 cas de la façon suivante.

1^o Dilatation. Chute de température. Curage et suites de couches normales, 57 cas.

2^o Dilatation. Chute de température. Curage, 1 jour de fièvre à la suite, 31 cas.

3^o Dilatation. Chute de température. Curage, suites de couches fébriles, 9 cas.

OBSERVATIONS ET STATISTIQUES DES AVORTEMENTS NON COMPLIQUÉS

1^{er} Groupe. — Cas apyrétiques à l'arrivée.

I. — AVORTEMENTS SPONTANÉS, 14 CAS.

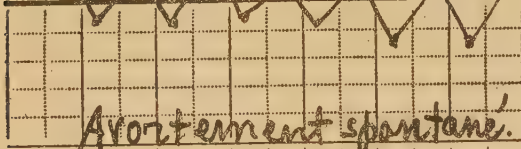
Remarquons d'abord le petit nombre de ces cas qui ne représentent que 1,9 % de la totalité de notre statistique.

Parmi eux il y a eu 9 primipares et 5 multipares, et l'âge des grossesses varie de 2 mois 1/2 à 3 mois 1/2. Tantôt, l'avortement s'est fait après l'entrée à l'hôpital, tantôt il avait eu lieu auparavant. Dans ces cas où l'on ignore si l'évacuation utérine a été réellement complète, un toucher intra-utérin, si la déhiscence du col le permet encore, enlèvera tous les doutes. Mais si le col n'est plus suffisamment perméable, cette conviction ne pourra se baser que sur une involution normale de l'utérus, la disparition rapide des pertes sanguines et surtout d'absence du retour de l'hémorragie au moment du premier lever.

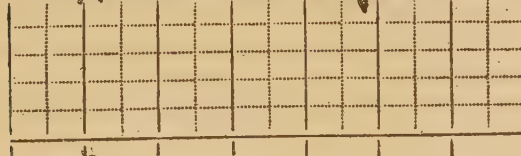
Bien entendu, dans ces cas, aucune thérapeutique utérine, n'a été faite — tout le traitement se bornait, dans quelques cas à une vessie de glace abdominale et à des comprimés, préventifs, de Rubiazol.

m. a. m. s. m. s. m. s. m. s. m. s. m. s.

+ 1 2 3 4 5 6



Arretement spontané.



A) AVORTEMENTS NON SPONTANÉS AVEC UTÉRUS
PERMÉABLES.

I) *Curages. Suites de couches normales, 207 cas.* —
C'est la classe la plus nombreuse elle représente
28 %.

Voici une observation type :

M^{me} D... Marcelle. 1^{er} pare, 18 ans.

Entre dans le service le 23 novembre 1936. Les dernières
règles remontant au 20 septembre.

Avortement à 6 semaines environ.

Depuis le 15 octobre, vomissements, la malade va con-
sulter un médecin qui fait le diagnostic d'une grossesse de
2 mois.

Le 13 novembre, manœuvres intra-utérines à la suite
desquelles la malade perd du sang avec violentes douleurs
abdominales.

La veille de son entrée dans le service, grosse hémorragie
avec caillots. A son entrée le 23 novembre :

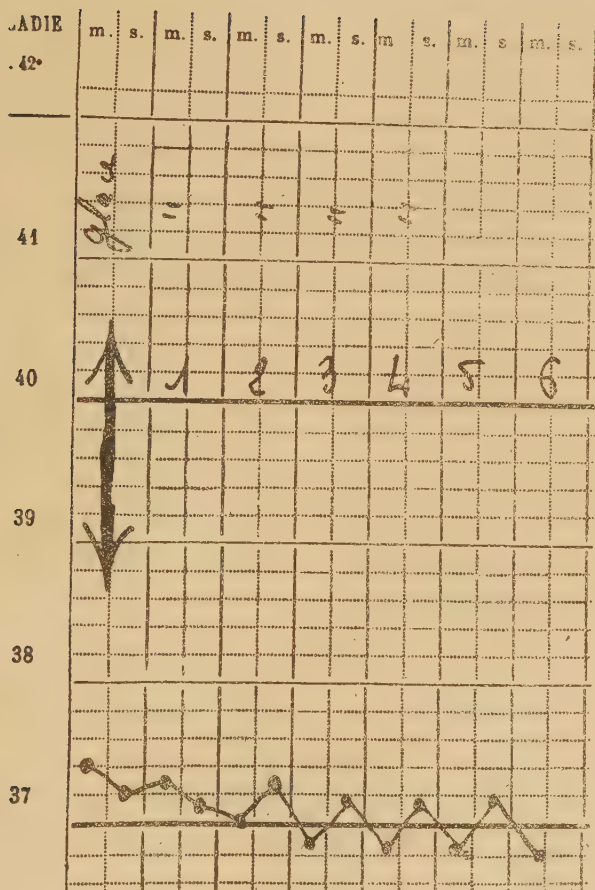
Au toucher le col est largement perméable au doigt, la
malade perd abondamment.

Curage digital sous anesthésie générale, on extrait le
fœtus qui est dans le vagin, le curage ramène de nombreux
débris placentaires.

Les suites sont normales. Apyrexie complète, ventre
souple, ne perd plus au bout de 4 jours. Sort du service le
29 novembre 1936.

II) *Curage. Fièvre pendant un jour, puis suites de
couches normales.* — Nous en avons trouvé 37 cas
soit 5 %.

Ces malades sont, à leur arrivée, comparables en

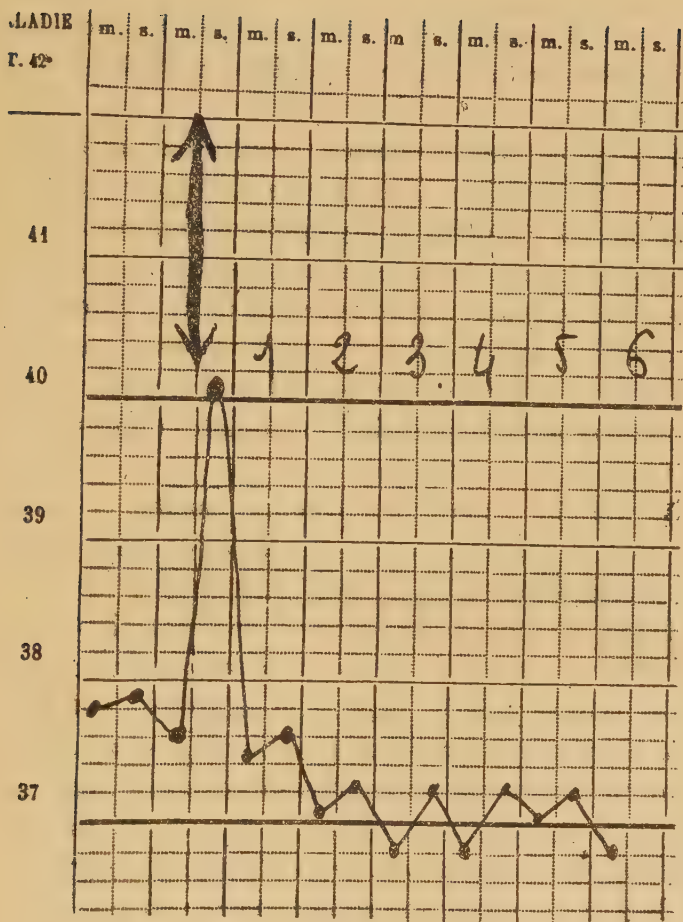


tous points à celles du groupe précédent — l'avortement est incomplet, l'utérus, saignant, est suffisamment ouvert pour permettre un curage immédiat qui assure sa vacuité.

Mais dans les heures qui suivent, la T° s'élève brusquement aux environs de 40° et un frisson survient, puis tout rentre dans l'ordre, définitivement, en 24 heures — l'hémoculture reste négative.

Ce clocher thermique brutal et éphémère, aggravé d'un frissonnement ne peut guère s'expliquer que par une décharge passagère de toxines ou de microbes dans le sang, décharge trop fugace pour être révélée par nos moyens d'investigation. Il paraît illogique d'en accuser le curage digital, et d'ailleurs il se retrouve après le curettage. Cet incident, quelle qu'en soit la cause, mérite d'être connu, pour ne pas, quand il survient, être porté à assombrir un pronostic qui reste bénin.

III) *Curage. Suites de couches fébriles.* — Dans 10 cas, la température au lieu de tomber à la normale, après le frisson, est restée oscillante entre 38° et 39°, sans s'accompagner de complications graves. A l'examen, l'utérus et particulièrement les culs-de-sacs latéraux du vagin étaient douloureux, sans qu'on y sente de tuméfactions. Le repos au lit, la glace abdominale et 3 injections de 2 cc., 3 cc. et 4 cc. de propidon ont amené la guérison complète.



B) AVORTEMENTS NON COMPLIQUÉS AYANT NÉCESSITÉ UNE DILATATION PRÉALABLE.

Nous en avons trouvé 217 cas dans lesquels l'introduction même d'un seul doigt explorateur était impossible.

Devant ces utérus fermés, si une hémorragie ou un état général grave (comme ceux que nous verrons dans les avortements compliqués) n'impose pas une thérapeutique d'urgence, une question préalable se pose — s'agit-il bien d'un avortement déjà commencé et arrêté dans son évolution, et non pas d'une grossesse que la femme désire voir interrompre à la faveur d'une erreur de diagnostic. On connaît la phrase classique :

— « J'ai fait ma fausse couche chez moi et j'entre à l'hôpital pour un curettage », de la femme qui perd un peu de sang.

Donc, on ne doit procéder à la dilatation du col souvent qu'après plusieurs examens, — l'interrogatoire pourra préciser l'âge de la grossesse, — l'abondance des pertes des jours précédents, assez souvent on obtient l'aveu de manœuvres abortives antérieures. L'examen permettra d'apprécier le volume du corps utérin, plus ou moins en rapport avec l'âge présumé de la grossesse, sa consistance; parfois, on surprendra des contractions qui montrent qu'il cherche à évacuer son contenu. Le col peut être normal, fermé et long, si le début de l'avortement remonte à un certain temps; le plus souvent il est plus ou moins perméable

son orifice interne commence à s'entr'ouvrir, sans pourtant permettre au doigt de pénétrer au delà. Parfois celui-ci ramène quelques débris placentaires tombés dans le vagin et dont l'examen lève tous les doutes. Enfin, la quantité de sang que fait perdre le toucher vaginal, si elle est abondante, plaide en faveur d'un avortement ou tout au moins d'un décollement étendu de l'œuf.

En somme, quand le col utérin est fermé, le diagnostic ferme d'avortement est souvent difficile à poser et nombreux sont les cas douteux où il convient d'attendre en observant.

Parfois, tout rentre dans l'ordre, par le repos au lit et du Laudanum en lavement ; il s'agissait d'une menace d'avortement ou de manœuvres abortives qui ont manqué leur but.

D'autres fois les signes d'avortement se précisent ; les pertes de sang persistent ou augmentent, quelques débris ovulaires sont expulsés sans que le col augmente sa déhiscence.

Enfin, il est des cas où l'état reste stationnaire ; les pertes de sang, d'abondance moyenne, se renouvellent quotidiennement, le corps utérin est plus ou moins gros, plus ou moins dur, le col reste sans tendance à s'ouvrir, il n'y a aucune complication locale ou générale. Il peut s'agir alors soit d'un œuf mort retenu in utéro, soit d'un avortement incomplet dont le premier temps remonte à un certain temps : une réaction biologique de la grossesse permettra, si elle est négative, de prendre la décision opératoire.

— Tantôt, la dilatation est bien plus lente, demandant 5 à 6 jours et tout juste suffisante à l'introduction d'un doigt : Il s'agit souvent alors d'utérus peu volumineux, durs faisant un avortement très jeune ou contenant des débris placentaires depuis plusieurs semaines : c'est là où la curette est utile pour aller décoller ce que le doigt a repéré au préalable.

II) *Dilatation. Curage. Fièvre d'un jour, puis suites de couches normales.* — C'est un groupe de 51 cas, 7 % — où, après le curage (mais non pas pendant la dilatation), nous avons retrouvé le clocher thermique éphémère et le frisson signalé dans un groupe précédent.

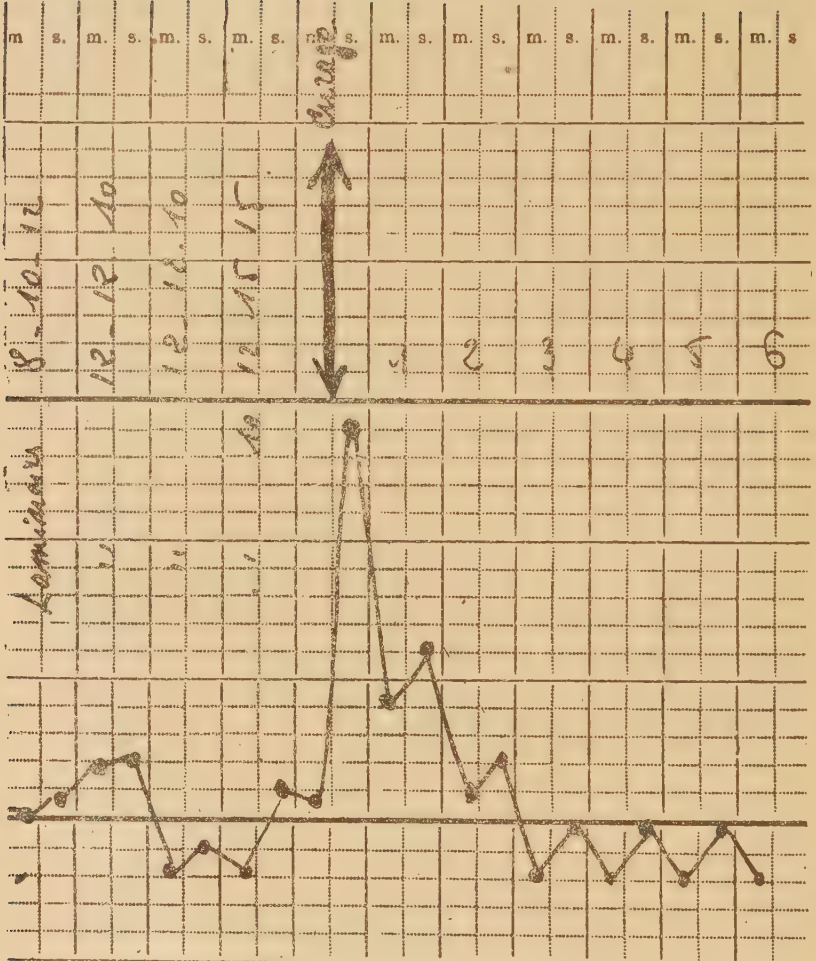
III) *Dilatation. Curage. Suites de couches fébriles.* — Signalons un groupe de 20 cas où, après le frisson, les suites de couches furent fébriles, avec une réaction douloureuse des culs-de-sacs vaginaux, au toucher, et quelques pertes fétides. La guérison survint par le repos, la glace et le propidon.

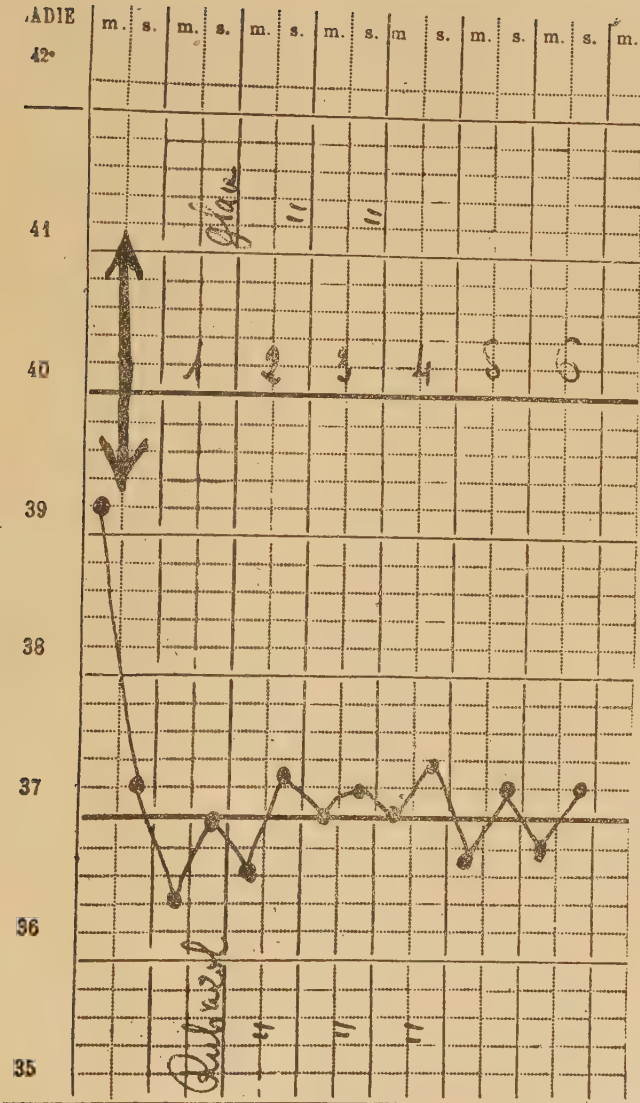
2^e Groupe. — Cas avec fièvre avant l'évacuation utérine

— C'est l'ensemble des 218 cas, suspects d'infection *a priori*.

A. — CURAGES SANS DILATATION PRÉALABLE.

I) *Curage avec suites de couches normales.* — Il y en





a 83 cas, soit 11,4 %. Ce sont des malades qui présentent des signes nets d'infection : fièvre marquée, pouls rapide, aspect plus ou moins fatigué, mais ventre souple et non douloureux. Au toucher vaginal, le col est largement ouvert, l'utérus et les culs-de-sacs non douloureux. Les pertes sanglantes sont plus ou moins abondantes et souvent odorantes.

Le plus souvent dans ce groupe d'observations, l'avortement a été fait presque complètement les jours précédents, et il reste in utéro que des débris qui commencent à s'infecter.

II) *Curage avec suites de couches fébriles.* — Nous en avons trouvé 38 cas, soit 5,2 %. En y faisant seulement rentrer les cas dont la guérison est survenue sans complications graves. Après le curage, la fièvre persiste, accompagnée de frissons, de pertes fétides, de douleurs abdominales, de sensibilité des culs-de-sacs vaginaux et de l'utérus qui involue mal. Dans la majorité des cas la guérison est survenue par des moyens purement médicaux.

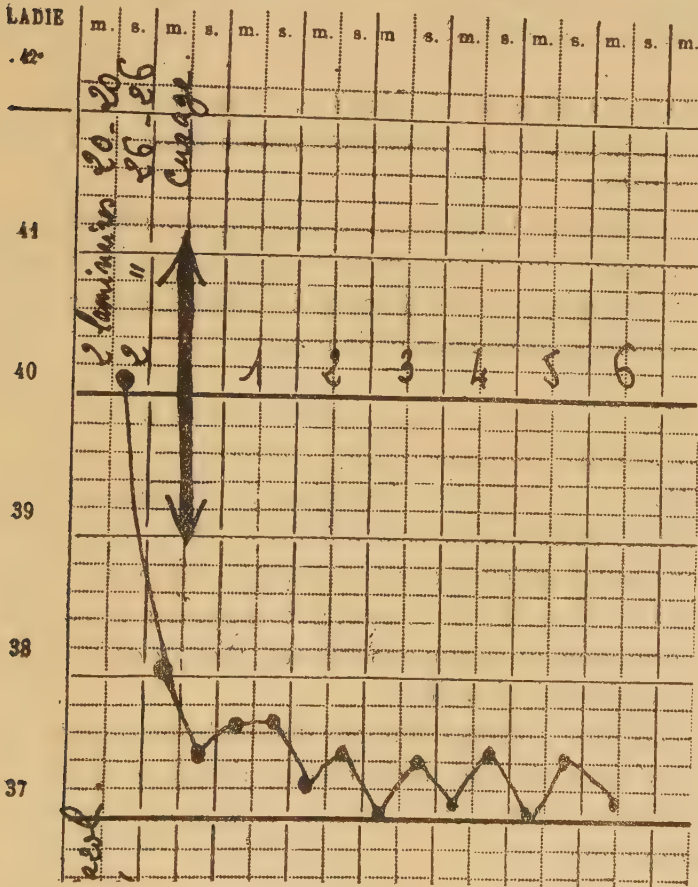
Dans quelques cas, des complications sont survenues : les observations s'en retrouvent au dernier chapitre.

B. — CURAGES APRÈS DILATATION PRÉALABLE.

I) *Dilatation aux laminaires. Chute de la température et suites de couches normales.*

57 observations entrent dans cette classification, soit 8 %.

Le tableau clinique, à l'arrivée est identique au précédent, traduisant un avortement incomplet et infecté. Mais il faut noter que la température tombe



au cours du drainage dilatateur par lamineires, permettant ainsi d'effectuer le curage digital sur un terrain moins infecté. Donc, en présence d'un utérus

abortif infecté, sans signes de propagation de l'infection, il n'y a aucunement lieu de se hâter et de précipiter la dilatation et la méthode lente d'évacuation de l'utérus trouve dans ces cas, son application pleine et entière.

II) *Dilatation aux lamineaires. Chute de la température. Curage. Une poussée thermique dans les suites de couches.*

— Ce sont 31 cas tout à fait superposables aux précédents, soit 4,2 %, mais où l'on retrouve le clocher thermique du lendemain du curage, sans suites de couches spécialement chargées.

III) *Dilatation aux lamineaires. Chute de température. Curage. Suites de couches fébriles.*

Dans 9 observations les suites de couches ont été fébriles. Mais aucun cas, n'a présenté de complications telles qu'elles aient nécessité une autre intervention. Tous ces cas se sont guéris par des injections de propidon, du sérum antistreptococcique de Vincent ou un abcès de fixation.

Tels sont, classés selon leur degré d'infection, l'état d'ouverture du col utérin et le traitement appliqué, les 703 cas d'avortements non compliqués, de mortalité nulle.

DEUXIÈME CLASSE. AVORTEMENTS COMPLIQUÉS

— 25 cas, divisés comme suit.

Ictères à perfringens ..	4 cas	4 morts	
Hystérectomies	8 cas	2 morts	6 guérisons
Drainages abdominaux	2 cas	1 mort	1 guérison
Péritonites-Schock.....	2 cas	2 morts	
Septicémies	4 cas	3 morts	1 guérison
Colpotomies	3 cas		3 guérisons
Drainage utérin	2 cas		2 guérisons
	25	12	13

Nous étudierons particulièrement chacune de ces observations et leur traitement.

La mortalité a été de 1,8°/o sur 728 cas d'avortements.

Ictères à perfringens.

Nous avons retrouvé 4 cas, tous suivis de mort.

1^{re} OBSERVATION. — M^{me} R... Marcelle, 30 ans, 1 pare.

Entre dans le service le 16 mars 1937.

Dernières règles le 10 janvier.

Le 14 mars, introduction d'une sonde intra-utérine, pas d'absorption de toxiques *per os*.

Le 15 mars au matin, avortement et l'ictère apparaît le soir même de son entrée. T° 39, pouls à 100 régulier,

T. A. 7-5, très mauvais état général, frissons, diarrhées.

Ictère peu intense et généralisé.

— Myalgies très marquées aux 4 membres. Douleurs lombaires.

— Fait important. *Anurie* complète, le sondage ramène 30 cc. d'urines foncées et sales.

— Au toucher vaginal, col largement ouvert, utérus gravide de 6 semaines environ, indolore, les culs-de-sacs sont libres, ventre souple.

— On évacue l'utérus par un curage digital sous anesthésie à l'éther.

— L'hémoculture s'est montrée positive aux *perfringens*.

— Urée sanguine à 2 gr. 50, *présence de perfringens dans les urines*.

— Sang, 21.000 globules blancs, 2.400.000 globules rouges.

Le lendemain matin, cyanose localisée aux membres inférieurs, purpura, dyspnée avec polypnée. Exitus en 48 heures.

2^e OBSERVATION. — M^{me} V..., Marie, IV pare, 41 ans.

Gestation de 2 mois environ.

— Le 17 janvier 1936, absorbe par la bouche : Quinine, Apyol, Agomensine, ne faisant aucun effet, introduction d'une sonde intra-utérine.

Le lendemain, frissons, diarrhées, vomissements.

— L'état général empirant, entre dans le service le 27 janvier 1936, c'est-à-dire 10 jours après la pose de la sonde.

— A l'examen : Subictère, très mauvais état général. T° 39,5.

Au toucher vaginal, utérus un peu gros, col fermé, culs-de-sacs souples. 2 jours de pose de lamineires en faisceaux, la température tombe à 37.

Curage digital sous anesthésie à l'éther.

Le lendemain, reprise des frissons, T° à 40°, ictère franc.

L'urée sanguine est à 1 gr. 20, puis 1 gr. 80.

— Hémoculture positive aux colibacilles.

— Présence de *perfringens* dans les urines.

La malade met 10 jours à mourir de septicémie.

Dans ce cas, l'hystérectomie ne semblait pas indiquée par l'absence de toute réaction locale.

— De même, la rechloruration, car l'anurie était inexistante, il y avait plutôt dysurie.

— Enfin, l'hémoculture positive aux colibacilles faisait porter un pronostic moins sombre.

3^e OBSERVATION. — M^{me} H... Rosette, 27 ans, IV pare. Dernières règles, le 5 juin 1937.

Entre dans le service le 24 juillet, la veille de son entrée, injection intra-utérine avec une sonde dure, d'un quart de litre d'eau additionné de teinture d'iode. Tout de suite après, violentes douleurs avec vomissements, le liquide injecté n'est expulsé qu'une heure après environ.

— Le lendemain, frissons répétés, T° 40.

A son entrée, T° 39,5, faciès plombé, intolérance gastrique absolue.

— Ventre souple, au toucher, utérus augmenté de volume très dur, non douloureux, les culs-de-sacs sont libres, agitation extrême.

Le 25 juillet, Ictère intense avec placards ecchymotiques. T° 39, pouls filant, urines rares et très foncées, dyspnée *sine-materia* ; à 19 heures, exitus.

L'examen des urines ne montre pas de *perfringens* à l'examen direct.

Ensemencement positif aux perfringens.

Urée sanguine à 1 gr. 50.

Hémoculture négative.

C'est le tableau classique au-dessus des ressources de la thérapeutique.

4^e OBSERVATION. — M^{me} M..., 37 ans, II pare.

Dernières règles, le 20 octobre 1937.

— Le 20 novembre, prend de l'armoise qui ne donne aucun résultat.

— Le 20 décembre, injection *intra-utérine d'eau de savon*. Les jours qui suivent la malade ressent de violentes coliques avec frissons, température, vomissements.

Entre dans le service le 29 décembre, 9 jours après l'injection.

— Subictère, Agitation, T° 40,6, Langue sèche rôtie.

— Urines très rares, foncées, Diarrhées profuses, Myalgies aux 4 membres.

— Violentes douleurs lombaires, arrachant des cris à la malade.

— Pouls rapide irrégulier, T. A. imprenable.

A l'examen. Ventre souple non douloureux, aucune réaction locale.

— Le toucher montre un col largement ouvert, utérus gravide de 2 mois.

— Curage sous anesthésie qui ramène l'œuf.

— Le lendemain apparaît un ictère intense de couleur rouge cuivré.

— Les extrémités sont froides, pas de vomissements, la malade garde sa lucidité.

— Les urines sont de plus en plus rares et foncées.

Le 31 décembre, après une transfusion de 300 cc. et

200 cc. de sérum glucosé hypertonique intraveineux, la malade passe une bonne nuit, la température tombe à 38, l'ictère est moins foncé, mais l'anurie est complète, des taches ecchymotiques apparaissent aux jambes.

Unrée sanguine à 1 gr. 84. *Examen des urines montre la présence de perfringens.*

Le 2 janvier, Exitus.

Malgré les transfusions, le sérum glucosé hypertonique — l'anurie persiste — on aurait pu tenter une décapsulation rénale — mais l'état de la malade ne le permettait pas.

Hystérectomies

Hystérectomies subtotaux, 8 : 2 morts, 6 guérisons.

Drainages abdominaux, 2 : 1 mort, 1 guérison.

Ce sont tous des cas d'avortements criminels par :

1^o Poses de sonde intra-utérines, 2 cas : 2 guérisons.

2^o Injections intra-utérines :

a) 3, eau de savon : 1 guérison, 2 morts.

b) 2, eau de javel : 1 guérison, 1 mort.

c) 4, eau pure : 3 guérisons, 1 mort.

Nous citerons 12 observations.

1^{re} OBSERVATION. — M^{lle} P... Marguerite, 22 ans, I pare.
Hystérectomie.

Dernières règles, le 16 septembre 1937.

— Le 8 décembre, injection intra-utérine au moyen d'une sonde molle d'un demi-verre d'eau de savon.

— Le lendemain, légères douleurs abdominales et lom-

Robert Harel.

baire, la femme va à son travail. A 13 heures, violents maux de tête, frissons, diarrhées, vomissements bilieux, violentes douleurs lombaires irradiant vers les cuisses et les jambes, T° 39,6 quelques pertes de sang rouge.

Le 10 décembre, 2 jours après l'injection intra-utérine, entre dans le service dans la matinée.

Examen. Facies intoxiqué, langue sèche rôtie, teint subictérique, T° 38,5, pouls à 130, T. A. 6-4.

Abdomen. Douloureux et défense musculaire nette.

Toucher vaginal. Culs-de-sacs extrêmement douloureux, on ne peut apprécier le volume de l'utérus, col entr'ouvert, pertes très fétides.

— Urée sanguine, 0 gr. 41. Sang, 4.600.000 globules rouges, 33.000 blancs. Hémoculture négative.

Deux heures après son entrée, sous anesthésie à l'éther, Laparotomie, peu de liquide à l'ouverture du péritoine, Utérus gros comme la tête d'un fœtus à terme, friable et sphacélé.

Hystérectomie subtotale, pincées à demeure.

Drain. Mickuliez fils d'argent sur la paroi.

L'état général va en empirant, agitation.

Le lendemain, T° 40, vomissements bilieux, pouls très rapide. Exitus.

2^e OBSERVATION. — M^{me} M..., 38 ans, III pare. Hystérectomie.

Entre le 24 mars 1937 dans le service.

Dernières règles le 3 février.

— Le 23 mars, *injection intra-utérine d'eau pure*. Quelques heures après, violentes douleurs abdominales, vomissements, céphalées.

— Le 24 mars, T° 40, frissons, vomissements, entre dans le service, on fait 2 cc. propidon.

— Le 25 mars, la température tombe à 38, pour remonter

dans la soirée à 39°4, le pouls est bon, il bat à 100, le ventre est souple non douloureux.

— Le 26 mars. Dans la matinée : T° 39,5, défense abdominale marquée, pouls rapide, langue sèche, au toucher vaginal, les culs-de-sacs sont extrêmement douloureux, vomissements.

Devant ce tableau, on fait une *hystérectomie d'urgence subtotale*, pincés à demeure, sérosité louche dans le péritoine.

— Le 27 mars, T° 40, mais signe rassurant : le pouls est régulier, bien frappé à 100, l'état général est satisfaisant.

— Le 28 mars, T° 39.

Au bout de 10 jours, la température tombe à 37, sort *guérie* du service au bout d'un mois.

3^e OBSERVATION. — M^{me} R..., 19 ans, I pare. *Hystérectomie*.

Retard de 2 mois 1/2.

Le 25 mai. Introduction d'une sonde intra-utérine laissée à demeure pendant 3 heures. Aucun résultat, la malade recommence ces manœuvres encore 2 fois, le 27 et le 29 mai.

Le 1^{er} juin. Avortement spontané avec frissons et fièvre.

Le 2 juin. Entre dans le service, T° 40, femme fatiguée. Abdomen souple.

Toucher : Col ouvert, culs-de-sacs légèrement douloureux, on fait 40 cc. de sérum de Vincent.

Le 3 juin. T° 38,2, la malade va mieux.

Le 4 juin. Dans la soirée, T° 40, frissons, vomissements.

Le 5 juin. T° 39,4, pouls à 120 régulier, au toucher culs-de-sacs très douloureux, défense abdominale nette, vomissements.

Hystérectomie subtotale d'urgence, pincés à demeure.

On trouve du bouillon sale dans la grande cavité et le Douglas.

Drain. Mickulicz.

Les suites opératoires sont excellentes, sort guérie le 10 juillet.

4^e OBSERVATION. — M^{me} B..., I pare, 27 ans. Hystérectomie.

Dernières règles le 3 février 1936.

21 mars. Introduction d'une sonde molle intra-utérine laissée à demeure 3 heures, ensuite injection intra-utérine d'eau de javel suivie d'eau pure.

22 mars. Légères hémorragies, peu de douleurs, T^o 39, vomissements, frissons.

24 mars. Entre dans le service d'urgence de chirurgie. *Curctage à la curette tranchante*, mèches iodoformées intra-utérines.

25 mars. Au matin entre à la Maternité. Abdomen ballonné, tendu, vomissements incessants, Cyanose des membres inférieurs et de l'abdomen. Diarrhées, pouls à 140, T^o 40,8, défense abdominale, culs-de-sacs vaginaux douloureux.

Hystérectomie subtotal, pincés à demeure, les anses intestinales sont rouges avec des fausses membranes. Pus dans le Douglas. Sphacèle utérin au niveau de la corne droite.

Mort dans l'heure qui suit.

5^e OBSERVATION. — M^{me} S..., 30 ans, III pare. Hystérectomie.

Femme ayant un retard de 2 mois 1/2.

Le 5 septembre 1936, injection *intra-utérine d'eau de Javel*, l'avortement se fait tout de suite après.

10 jours après, l'état de la malade ne s'améliorant pas entre dans le service. Malade fatiguée, pâle, T^o 38, ventre

souple, col perméable, pertes purulentes très fétides, utérus dur, indolore.

Pendant 10 jours on pose des faisceaux de lamineaires pour drainer la cavité utérine, de laquelle sortent des débris sphacelés, d'odeur infecte, on fait du propidon et du sérum de Vincent.

La température reste oscillante, la femme a fait 2 frissons.

Le 12^e jour, perte de sang rouge au toucher vaginal, annexe gauche grosse et douloureuse, la température monte progressivement, femme fatiguée.

Le 15^e jour. Défense nette de l'abdomen, pouls à 120, vomissements, le toucher vaginal est extrêmement douloureux.

On fait une hystérectomie d'urgence, pinces à demeure. Drain, Mickulicz.

Pus libre dans le Douglas. Grosse salpingite gauche, utérus gros, mou, recouvert de fausses membranes.

La femme sort guérie deux mois après.

6^e OBSERVATION. — M^{me} F..., 32 ans, I pare. Hystérectomie.

Femme ayant un retard de 2 mois 1/2.

Le 9 septembre, *injection intra-utérine d'eau bouillie*, plus Dakin.

Quelques hémorragies, avec fièvre, frissons.

Les hémorragies cessent mais l'état général s'altère, frissons.

19 septembre. Entre dans le service, T° 39,2.

Ventre souple, utérus gravide de 2 mois 1/2, col fermé, on fait 3 cc. propidon.

22 septembre. Avortement spontané. Curage digital qui ramène de nombreux débris placentaires, adhérents et fétides, le soir T° 41, frisson.

29 septembre. T° 40, ventre souple. Toucher : on sent une

masse latéro-utérine droite très douloureuse, utérus bloqué.

3 octobre. 11 jours après le curage, T° 40,1 mauvais état général, pouls à 120, vomissements, ventre souple, le toucher est très douloureux, la masse latéro-utérine persiste.

4 octobre. T° 40,3 défense nette de l'abdomen, pouls à 130, nausées. Toucher extrêmement douloureux.

Hystérectomie subtotale d'urgence, pinces à demeure. Drain, Mickulicz. Pus dans le Douglas, intestins et annexes rouges avec des fausses membranes. Absès sur le bord droit de l'utérus.

Les suites opératoires sont excellentes. Sort du service 1 mois après.

7^e OBSERVATION. — M^{lle} P..., 24 ans, I pare. Hystérectomie tardive.

Femme ayant un retard de 2 mois environ.

Le 13 janvier 1936 : Sonde intra-utérine à demeure.

Le 14 janvier. T° à 39, frissons, pertes de sang rouge.

Le 15 janvier. Entre dans le service. On pose des lamineuses pendant 3 jours.

Le 20 janvier. Curettage qui ramène des débris placentaires.

Le 22 janvier. Douleur dans la fosse iliaque droite, pas de défense abdominale, le cul-de-sac droit est douloureux, empâté, T° 38, 2 cc. propidon.

Le 24 janvier. T° 40, cul-de-sac droit douloureux, pouls bien frappé à 100, pas de défense abdominale, pas de vomissements, 4 cc. propidon.

Le 26 janvier, la malade va mieux, 6 cc. propidon, la masse dans le cul-de-sac droit est dure, douloureuse, débordant dans le Douglas.

2 mois après, les masses salpingiennes persistent.

Hystérectomie subtotale à froid. Bon résultat.

8^e OBSERVATION. — M^{me} C..., 25 ans, III pare. Hystérectomie.

Femme ayant un retard de 3 mois.

Le 29 février *injection intra-utérine d'eau bouillie*.

— 2 jours après expulsion du fœtus.

Entre dans le service 5 jours après l'avortement.

Violentes douleurs abdominales, soif intense, vomissements, diarrhées, T° 39, pouls 120, pas de frissons.

Ventre plat, contracture généralisée, douleur diffuse, pas de matité dans les flancs, utérus gros antéversé, les culs-de-sacs sont libres, non douloureux, le lendemain T° 40, signes nets de péritonite, pouls rapide à 140, vomissements, le Douglas très douloureux.

Hystérectomie subtotale d'urgence, pinces à demeure.

Pus libre dans le péritoine. Drain. Mickulicz.

Dans les suites opératoires, complications pulmonaires. Parotidite gauche.

La femme sort guérie après deux mois.

9^e OBSERVATION. — M^{me} M..., 19 ans, I pare. Laparotomie et Drainage abdominal.

Le 23 janvier 1937, la femme se sachant enceinte de 2 mois 1/2 se fait faire une injection intra-utérine *d'eau de savon*, dans le Loir-et-Cher.

— Dans la nuit expulsion du fœtus, reste couchée et reprend son travail cinq jours après.

Le 7^e jour, violentes coliques, T° 39, vomissements, soignée médicalement en ville pendant plusieurs jours.

Le 6 février, les vomissements persistent, la malade entre dans le service pour « un lavage d'estomac », T° 39.

A l'examen : Toxémie intense, vomissements incoercibles bilieux, pouls rapide imperceptible, T. A. 7-5.

Légère défense abdominale, Col mou entr'ouvert, utérus non douloureux. Urée sanguine à 1 gr. 80.

On décide d'intervenir d'urgence. Laparotomie, Anesthésie à l'éther. A l'ouverture, pus libre dans le péritoine, anses intestinales rouges avec des fausses membranes. Une bride inflammatoire sur l'utérus avec une anse intestinale dilatée (occlusion).

Poche de pus fétide dans le Douglas.

On fait un drainage abdominal. Drain. Mickulicz dans le Douglas.

Les suites opératoires sont excellentes. Sérum salé hypertonique à très hautes doses.

La malade sort guérie du service un mois après.

10^e OBSERVATION. — M^{lle} L... Simone, 25 ans, I pare. Laparotomie. Drainage.

Dernières règles, le 30 décembre.

Le 21 mars 1937, introduction d'une sonde intra-utérine et *injection d'eau bouillie*, le soir même, violentes coliques, vomissements, expulsion du fœtus, T° 39,9.

Le 24 mars, entre dans le service, 3 jours après l'injection intra-utérine.

Examen. Ventre ballonné qui se défend ; au toucher vaginal, col entr'ouvert, mobilisation utérine non douloureuse, culs-de-sacs indolores, quelques nausées, T° 39. On pose 3 lamineaires de 20, le soir T° 39,6, pouls à 120, vomissements.

Le 25 mars. T° 38,8, ventre toujours ballonné, pose de 3 lamineaires n° 20, pertes fétides noirâtres.

Toucher vaginal, les culs-de-sacs sont libres, non douloureux.

A 13 h. 30, T° 40,4, violentes coliques, vomissements, pas de frissons, le ventre se défend, expulsion spontanée des lamineaires.

Toucher vaginal, utérus très douloureux surtout dans le cul-de-sac droit qui est dur et douloureux et qui bombe.

16 heures. Laparotomie sous anesthésie à l'éther, pus franc dans la grande cavité abdominale. Anses intestinales rouges distendues, fausses membranes.

Drain. Mickulicz, fermeture.

Exitus, 3 heures après.

11^e OBSERVATION. — Mme B..., 39 ans, III pare, non opérée.

Gestation au début, injection intra-utérine d'eau savonneuse, 2 jours après entre dans le service, pâleur extrême, T° 39, facies péritonéal, pouls imperceptible, ventre ballonné, inopérable, meurt 4 heures après son entrée dans le service.

12^e OBSERVATION. — Mlle L..., I pare, 16 ans.

Retard des règles de 2 mois environ, il y a 6 jours injection intra-utérine d'eau de savon, le lendemain expulsion du fœtus.

Le 9 avril 1937. Violentes douleurs abdominales avec collapsus, hémorragies.

Le 10 avril. Entre dans le service, T° 40, femme exsangue, d'une pâleur cireuse, pouls rapide bien frappé.

Examen. Ventre souple non douloureux, au toucher vaginal utérus gros, culs-de-sacs libres, col ouvert.

Révision utérine sous anesthésie qui ramène des débris placentaires sphacelés d'odeur fétide. Exitus dans l'heure qui suit précédé de coma et d'une respiration de Scheynes-Stokes.

Dans ce cas s'agit-il d'un schock ou d'une perforation utérine par sphacèle ?

Comme conclusion de ces observations, nous ne pouvons mieux faire que de transcrire les phrases suivantes de Mondor (*Avortements Mortels*) :

« Il est très difficile de poser à temps l'indication opératoire d'une péritonite post-abortive. Exceptionnelles sont les observations où les auteurs ont pu se féliciter d'avoir agi, sans retard, dès les premières menaces. Presque toujours les lésions dépassent en étendue et en intensité ce que les signes et leur interprétation faisaient prévoir. Or, la précocité du diagnostic est, ici, comme pour toute péritonite aiguë, on n'ose plus le ressasser, l'impératif catégorique ».

Septicémies

— 4 cas, 3 morts.

1^{re} OBSERVATION. — M^{me} P..., 27 ans, I pare.

Entre dans le service le 16 juillet 1936 pour un avortement de 3 mois environ.

Le 10 juillet pose d'une sonde intra-utérine, la malade commence à perdre abondamment.

A son entrée, femme exsangue, curage sous anesthésie.

Transfusion sanguine de 400 cc., les suites de couches semblent normales tout d'abord.

Le 9^e jour, frissons, T° à 40,2, à l'examen rien d'anormal l'appareil génital est normal, pas de trombophlébite pelvienne. Hémoculture négative, les jours suivants la température monte peu à peu. Rien à l'examen clinique.

Le 28 juillet, 12 jours après le curage, léger point de côté à gauche bas situé et très postérieur, diminution du murmure vésiculaire. Matité franche à la base. Fosses lombaires souples. Appareil génital et cardiaque normaux.

Dans les urines, quelques colibacilles.

Numération globulaire : 1.860.000 globules rouges, 8.255 globules blancs.

Radio pulmonaire négative.

Les jours suivants, la zone de matité persiste, la limite supérieure paraît horizontale ou mieux, concave en haut, elle déborde en avant.

L'abdomen est souple, pas de masses perceptibles, la rate n'est pas palpable, les fosses lombaires sont souples.

La ponction pleurale ramène un liquide séro-purulent.

— La Radiographie montre des poumons normaux. Soulèvement du diaphragme gauche.

Numération globulaire : 2.170.000 globules rouges, 6.200 globules blancs.

Le 4 août. Modification des bruits du cœur qui deviennent sourds, surtout le premier bruit, angine rouge.

Le 5 août. Paralysie du bras droit à début insidieux, la paralysie intéresse le territoire du Radial. Seul, le triceps est respecté. Elle déborde sur le territoire du médian et du cubital ; les mouvements de flexion des doigts sont presque impossibles.

Les réflexes sont abolis ainsi que la sensibilité, le membre est violacé et froid.

Le même jour, quelques frissons, tous les signes perçus précédemment persistent, mais, à l'auscultation du cœur modification considérable des bruits qui prennent un timbre métallique et piaulant, pas de souffle. Hémoculture négative.

Les jours suivants l'auscultation du cœur montre des signes très variables, frottements très nets, T. A. 11-6. Les frissons se répètent plus souvent, sueurs profuses, T° 40.

Le 10 août, exitus.

Autopsie. Dans la loge splénique, collection de pus fétide.

La partie antéro-inférieure du foie est nécrosée.

Rate augmentée de volume.

Reins, poumons, plèvres normaux.

Le péricarde contient du liquide séro-fibrineux abondant

à l'ouverture du cœur sur le bord libre de la valvule mitrale, existence de végétations dures.

Utérus normal.

Au niveau de l'artère axillaire droite, les parois sont grisâtres, altérées, épaisses, végétantes, la lumière du vaisseau est presque oblitérée.

Dans cette observation, il est à remarquer le long espace de temps entre le curage et le premier frisson — 9 jours — l'hémoculture a été 2 fois négative.

2^e OBSERVATION. — M^{me} M..., 22 ans, I pare.

Entre le 5 octobre 1926 dans le service à la suite d'un avortement et avec le diagnostic de septicémie.

Enceinte de 2 mois, le 22 septembre sonde intra-utérine ; l'avortement se fait le lendemain avec hémorragies, température et frissons.

La femme continue à travailler.

Au début du mois d'octobre, la malade dit avoir été curettée en ville, l'hémorragie s'arrête, à aucun moment n'a souffert du ventre.

Mais l'état général allait en s'empirant.

A l'examen. Femme fatiguée, visage d'une pâleur extrême, T° 40,8, pouls rapide régulier. Abdomen souple.

Toucher vaginal. Utérus un peu gros dévié à gauche, à droite on trouve une masse de cellulite de la grosseur d'une mandarine, dure, bien limitée ; le col est fermé, pas de pertes.

On fait 3 piqûres de propidon : 2 cc., 3 cc., 4 cc., la température reste élevée à 40, très mauvais état général.

Le 11 octobre, frissons, point de côté à la base gauche.

Toux fréquente, submatité à la base, souffle tubaire.

Le 16 octobre, même manifestation au niveau du poumon droit, 3 frissons dans la journée.

Le 17 octobre. Hémoculture, T° à 40,2 avec frissons. Absès de fixation, sérum de Vincent.

Le 23 octobre. Dans son ensemble, la courbe de température s'est abaissée, ne dépassant pas 39, mais reste oscillante avec dissociation du pouls, quelques vomissements.

Hémoculture positive aux streptocoques.

L'abcès de fixation a pris, le pus se collecte.

Le 24 octobre. La malade se sent mieux, commence à s'alimenter, la température baisse à 38, mais reste oscillante.

Le 3 novembre, malade très fatiguée, nouveaux frissons, points de côté violents.

Le 5 novembre. Exitus.

3^e OBSERVATION. — M^{me} P..., II pare, 24 ans.

Dernières règles, le 20 août.

La malade fait son avortement chez elle le 4 décembre 1936, depuis perd abondamment, avec frissons et T° 39.

Entre dans le service, le 7 décembre, T° 38,6, perd abondamment.

Curettage à son entrée, femme très pâle.

Le 8 décembre, T° 37,2.

La température, les jours suivants, monte graduellement à 39° sans frissons, pertes très fétides, ventre souple.

Pâleur intense. On fait 3 piqûres de propidon.

Le 12 décembre, frissons, T° à 40, malade fatiguée.

Hémoculture. Absès de fixation. Sérum de Vincent.

Point de côté, dyspnée, nouveaux frissons, T° à 41,8.

Le 13 décembre. Pâleur extrême, ventre souple, frissons, T° 41,6.

Le 14 décembre. Exitus.

Dans ces deux observations, il y a eu curettage et non curage pour hémorragies, le lendemain la tempé-

rature monte avec frissons. A noter qu'il n'y a pas eu les 9 jours d'intervalle libre de la première observation.

4^e OBSERVATION. — M^{me} G..., II pare, 21 ans.

Dernières règles, le 25 septembre 1936.

La femme nie avoir fait des manœuvres intra-utérines.

Entre dans le service le 10 décembre.

Examen, femme très pâle ayant fait des hémorragies chez elle.

Toucher vaginal, utérus gravide de 2 mois 1/2, culs-de-sacs libres, col fermé diminué de longueur, T° 38,6.

Le 12 décembre. Hémorragies utérines abondantes.

La malade se sent très fatiguée.

Pas de coliques utérines.

Le 13 décembre. Expulsion spontanée du fœtus, macéré, col largement ouvert, T° 39,6.

Le 14 décembre. *Curage*. Sous anesthésie, qui ramène le placenta, le soir, T° 40,8, frissons.

Le 15 décembre. 2 frissons dans la matinée, T° 41, on fait un Abscès de fixation et 40 cc. de sérum de Vincent. Pertes très fétides, utérus douloureux, ventre souple.

Le 16 décembre. Nouveaux frissons, T° à 40, femme fatiguée. On continue le sérum de Vincent.

Quelques hémorragies utérines, l'abcès de fixation prend.

Le 17 décembre, frissons, T° 39,6.

Les jours suivants, la température tombe graduellement à 37.

Le 20 décembre. Incision de l'abcès de fixation.

On arrête le sérum de Vincent.

Le 30 décembre. Sort du service, guérie.

Dans cette observation on remarquera :

Entre avec un œuf fermé — de 2 mois 1/2 — que les manœuvres avaient simplement décollé.

On fait un curage pour délivrance artificielle.

Température et frissons le lendemain, ces frissons répétés permettent de ranger ce cas dans les septicémies. Qu'aurait donné un curettage à la place d'un curage ?

Colpotomies

3 cas : 3 guérisons.

1^{re} OBSERVATION. — Mme B..., II pare, 35 ans.

La femme ayant un retard de 6 semaines environ, se fait une injection intra-utérine d'eau bouillie la veille de son entrée. A ressenti une vive douleur abdominale avec frissons et vomissements.

Entre le 11 janvier 1937 dans le service. T° 39,9.

Femme fatiguée, souffrant beaucoup, pertes sanglantes, très fétides, pouls rapide à 130.

Toucher vaginal, col ouvert, utérus globuleux.

Curage digital ramenant quelques débris placentaires, le soir frisson, T° 40,6.

Le 12 janvier. T° 39, ventre douloureux, pas de défense musculaire. Toucher, le Douglas est très douloureux. 4 cc. de propidon.

Le 13 janvier. Température toujours élevée. Abscès de fixation. Sérum de Vincent.

Le 14 janvier, frissons, T° 40, aucune défense abdominale, pas de vomissements.

Le 15 janvier. T° 40,8, le toucher vaginal est très douloureux. Dans le Douglas on sent une masse dure, ligneuse.

Le 22 janvier. Incision de l'abcès de fixation, dans le Douglas on sent une masse molle, fluctuante.

Le 25 janvier. 14 jours après le curage, l'abcès du Douglas s'est constitué. Colpotomie, pus très fétide.

Les suites opératoires sont bonnes.

Sort du service le 23 février 1937.

2^e OBSERVATION. — M^{me} J..., I pare, 24 ans.

Retard de 6 semaines, le 10 juin 1937. Sonde intra-utérine, perd du sang tous les jours.

Entre le 12 juillet 1937 dans le service, *un mois* après la pose de la sonde.

Au toucher, utérus tout petit, la femme continuant à perdre, 4 poses de lamineaires.

Le 17 juillet. Curage digital qui ramène quelques débris placentaires.

Le 20 juillet. T^o 38 au toucher. Douglas dur, bombant et douloureux, frissons, pas de défense abdominale, pas de vomissements.

On fait 3 piqûres de Propidon : 2 cc., 3cc. et 4 cc.

Pendant 9 jours état fébrile avec frissons, la masse du Douglas devient fluctuante.

12 jours après le curage l'abcès s'est constitué.

Le 29 juillet. Colpotomie, pus fétide.

Tout rentre dans l'ordre, la malade sort 15 jours après.

3^e OBSERVATION. — M^{me} P..., III pare, 35 ans.

Retard de 2 mois, le 19 juillet 1937, sonde intra-utérine pendant 4 jours quelques pertes, douleurs. T. à 38,5.

Entre le 14 juillet dans le service.

Examen. Col entr'ouvert. Douleur dans le cul-de-sac gauche dans lequel on sent une masse dure, 3 cc. de propidon et pose d'un faisceau de lamineaires pendant 3 jours.

Le 19 juillet. T^o 39,2, 3 cc. propidon. Aucune défense de l'abdomen.

Le 20 juillet. Masse fluctuante dans le Douglas.

6 jours après l'entrée, colpotomie, pus verdâtre et fétide en grande quantité.

La malade sort le 16 août du service, guérie.

Donc, 2 colpotomies avec curage, parce que pas de masses péri-utérines à l'entrée.

L'existence d'une masse para-utérine *interdit* toute thérapeutique intra-utérine. Curage ou curettage. Seules, les laminaires de drainage sont possibles.

Drainages utérins par laminaires

2 cas.

1^{re} OBSERVATION. — M^{me} C..., III pare, 24 ans.

Dernières règles, le 28 janvier 1936.

Le 18 avril, avortement provoqué par une injection intra-utérine d'eau de savon. Expulsion du fœtus et du placenta le lendemain.

Depuis, métrorragies sous forme de caillots.

A partir du 23 avril, pertes fétides, aucune douleur abdominale, T° 38,3.

Le 25 avril. T° 40, frissons répétés, pas de vomissements, pas de diarrhée.

Le 26 avril. Entre dans le service.

Examen. Femme pâle, T° 40, ventre souple pas douloureux, au toucher col utérin entr'ouvert, corps un peu augmenté de volume légèrement douloureux. Culs-de-sacs libres, pertes très fétides avec des débris de muqueuses sphacelés.

On fait 3 piqûres de propidon : 3 cc., 3cc. et 4cc. Pendant 6 jours, faisceaux de laminaires qui drainent l'utérus. Mèche

de sérum antigangréneux dans le vagin. On arrive ainsi à drainer l'utérus.

Le 7^e jour, la température tombe à la normale.

Le 10 mai, la malade sort guérie.

2^e OBSERVATION. — M^{me} B..., III pare de 30 ans.

Dernières règles : du 6 au 10 mars 1936.

Le 1^{er} et le 9 mai, se fait faire deux *injections intra-utérines d'eau javelisée*. Au moyen d'une poire, car la première injection n'avait donné aucun résultat.

Après la deuxième tentative, le 9 mai, nausées, l'injection est sortie comme elle était entrée, sans pertes de sang. Comme rien ne se passait : le 13 mai, troisième tentative. Même protocole opératoire. Quelques minutes après, vomissements, T° à 39.

Le 14 mai, état général progressivement touché.

Vomissements le matin, le soir T° 39,2. Violentes douleurs abdominales à type de colique, petites pertes de sang rouge.

Le 15 mai. T° 38,8, céphalées intenses, frissons, T° à 40,7. Admise à l'hôpital.

Le 16 mai. T° 40, femme fatiguée, aspect d'une infectée. Abdomen souple, non douloureux.

Toucher. Col perméable à un doigt, corps gros, remontant à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, on pose un faisceau de 3 lamineuses. Abscès de fixation. Sérum de Vincent.

Le 18 mai, la malade va mieux, T° 37,8.

Lamineuses 30-17-17.

L'abcès de fixation ne prend pas.

Le 20 mai, frissons, T° 40, *odeur infecte des pertes*, on met une mèche et lamineuses avec sérum antigangréneux.

Le 23 mai. Même traitement. Odeur moins fétide des

perles, la température tombe à 37. Aucune douleur dans les culs-de-sacs.

Le 6 juin. Sort du service guérie.

3^e OBSERVATION. — *Drainage utérin, 6 jours après le curage.*

M^{me} P..., 1^{er} pare, 26 ans.

Retard de 2 mois 1/2 environ. Expulsion du fœtus, le 21 septembre 1936.

Entre le 23 septembre dans le service, T° 37,4.

Curage d'urgence sous anesthésie.

Le 24 septembre. T° 39, on fait 3 piqûres de Propidon, la température est tombée à la normale.

Le 1^{er} octobre, 6 jours après le curage dans la matinée, T° 39,8, la femme ne perd pas, utérus un peu gros, douloureux, on pose 3 lamineurs 10-10-10.

Le 2 octobre. T° 38,6. Lamineurs 12-12-12, évacuation de pus par le col.

Le 3 octobre. T° 37,6. Lamineurs 14-14-14.

Le 4 octobre. Température normale. On a simplement drainé la cavité utérine dans laquelle il y avait une rétention de pus.

— Il s'agit sans doute dans les 2 premières observations, de 2 cas d'endométrite nécrobiotique.

Les lésions n'ont pas été jusqu'à l'infarctus et à la gangrène utérine.

Aucune réaction locale ou abdominale n'indiquait le drainage abdominal ou l'hystérectomie.

Restaient comme thérapeutique :

a) l'abstention, d'où danger d'extension de l'infection locale ;

b) le curettage, qu'aurait-il donné sur ce milieu iultra-infecté, en ouvrant les lymphatiques et les veines ?

c) le drainage par lamineaires était le seul traitement permis, il a donné deux bons résultats.

Deux exemples montreront l'utilité du drainage utérin par faisceaux de lamineaires, dans lesquels une seule laminaire a fait bouchon.

1^{re} OBSERVATION. — M^{me} B..., III pare, 26 ans.

Entre dans le service pour un avortement de 6 semaines environ, hémorragies abondantes.

Le 31 mai 1936. T° 38, pertes fétides, col déchiqueté, dur, légèrement entr'ouvert, on pose 1 laminaire n° 20.

Le lendemain 1^{er} juin. T° 40,4, frissons.

La tige de laminaire est enclavée dans l'utérus, après son ablation une collection de pus intra-utérin s'évacue. On pose 3 lamineaires 24-20-20.

Le 2 juin, T° 37, curage sous anesthésie. Suites normales.

2^e OBSERVATION. M^{me} N..., II pare, 29 ans.

Retard d'un mois, hémorragies, col perméable à l'orifice externe, T° 38.

Le 11 juin 1936 au matin, T° 39,2, la veille on avait posé 3 lamineaires 22-11-11, les 2 lamineaires 11 étant expulsées, le n° 22 faisant bouchon, était enclavé dans l'utérus. On a beaucoup de mal à l'enlever, après ablation une grande quantité de pus sort de la cavité utérine.

On repose un faisceau, le soir, T° 37, le lendemain, curage. Suites de couches normales.

CONCLUSIONS

1^o Tout avortement incomplet doit être complété par une évacuation utérine.

2^o L'évacuation de l'utérus abortif est avantageusement obtenue par la méthode lente et non instrumentale : dilatation du col par un faisceau de tiges de laminaires et curage digital. On obtient ainsi une évacuation non traumatisante pour le col, ni pour la muqueuse utérine et dont on peut vérifier qu'elle est complète.

3^o Dans les cas d'infection, le temps mis pour obtenir une ouverture suffisante du col par des poses successives de laminaires n'entre pas en ligne de compte tant que l'infection reste localisée à l'utérus. Les laminaires en faisceau drainent la cavité utérine et réalisent ainsi un premier temps préopératoire très favorable.

4^o Dans les cas de complications péritonéales ou généralisées, on ne recourt jamais trop tôt aux thérapeutiques habituelles.

VU : *Le Doyen,*
TIFFENEAU

VU : *Le Président de Thèse,*
LÉVY-SOLAL

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERORIA (J.). — L'avortement. (*La Puériculture* du 10 déc. 1930, N° 5, p. 137.)
- BALARD (P.). — Conduite à tenir dans l'avortement. (*Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 26 oct. 1930, p. 674.)
- BALARD. — Ce que pratiquement le médecin doit savoir de la conduite à tenir dans l'avortement. (*Le Concours méd.*, N° 6, 8 fév. 1931, p. 397.)
- BELLO (E.). — Sobre el tratamiento del aborto. (*La Tribuna Méd.*, N° 330, Marzo de 1929, p. 30.)
- BELLO (E.). — Sobre el tratamiento del aborto. (*Conf. en la Ac. Nac. de Med. Lima. la Clin.*, Barcelona, ano VI, N° 9, sept.)
- CASTANO (A.). — Aborto sus cuasas y mecanismo. (*Prensa Med. Argentina*, oct. 1928.)
- CAER. — De la précocité de l'intervention dans l'avortement infecté. (*Thèse de Bordeaux*, 1934-1935.)
- CARLES. — Des indications fournies par les réactions biologiques de la grossesse dans le post-abortum. (*Thèse de Montpellier*, 1935-36.)
- DAFOE (W. A.). — The types and treatment of abortions. (*The Canadian Med. Assoc. Journ.*, juin, 1930, p. 793.)
- DE ROUVILLE. — Traitement de l'avortement. (*Bull. soc. Obst. et Gyn.*, 1925.)
- DEMELIN (L.). — Des avortements au 1^{er} trimestre. (*Journ. de Médecine et de Chirurgie*, t. CV, 10 mars 1934.)
- DIDIER. — Diagnostic de l'avortement. (*Prat. Méd. Franç.*, juil. 1928, p. 335.)
- DUFOUR. — Mort subite par inhibition au cours d'une tentative d'avortement. (*Ann. de Méd. légale*, N° 1, janv., 1932.)
- ECALLE (G.). — Le traitement médical de la menace d'avorte-

- ment avec petites hémorragies. (*Progrès Médical*, N° 47, 19 nov. 1932.)
- FUCHS. — Sur l'évolution du problème de l'avortement. (*Med. Klin.*, N° 11, 13 mars 1931.)
- FLEURENT (Henri). — Sur les dangers de l'emploi de la pince à avortement. (*Soc. Méd. de Colmar et du Haut-Rhin*, séance du 29 juin 1935 in : *Strasb. Médical*, 5 octobre 1935.)
- GONNET, BRAUSSILLON et JOLY. — Deux cas d'infarctus graves du post-abortum. (*Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, séance du 2 déc. 1935, 3, 256-257, mars 1936.)
- HANNAH. — Abortion. (*Texas state Journ. of Med. Fort. Worth.*, janv. 1927, p. 576.)
- HARDOUIN. — Du curettage dans l'avortement. (*La Sc. Med. Prat.*, N° 7, 15 avril, 1929, p. 232.)
- HEGER-GILBERT (F.). — L'avortement. (*Bruxelles Méd.*, N° 13, 25 janv. 1931, p. 351.)
- JEANNIN. — Diagnostic de l'avortement. (*Concours Méd.*, 1925, p. 1873.)
- JEFFRIES. — Traitement des avortements répétés. (*The British Medical Journal*, 22 juin 1935, p. 1265.)
- DIMITRIOS KIAKIDIS. — L'avortement chez les fibromateuses. (*Thèse de Paris*, 1930.)
- LAVALÉE (G.). — Le problème de l'avortement. (*Le Concours Méd. Org. Hebd. des Praticiens*, N° 30, 26 juil. 1936.)
- LE LORIER (V.). — L'avortement spontané en clientèle. (*Bull. Méd.*, N° 43, 27 sept. 1935.)
- LIGOU. — Contribution à l'étude du curage digital post-abortum. (*Th. Montpellier*, 1924-1925.)
- MAHON (Raymond). — Le facteur « temps » dans la thérapeutique des accidents infectieux de l'avortement. (*Rev. franç. de Gynéc. et d'Obst.*, N° 11, nov. 1934.)
- MONDOR. — *Avortements mortels.*
- METZGER (M.). — Nouvelle observation d'avortement infecté traité par les lamineaires. (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, 24, 649-652, nov. 1932.)
- Nouvelle observation d'avortement infecté traité par les lamineaires. (*Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, séance du 7 nov. 1932 in : *La Gynécologie*, N° 2, février 1933.)

- A propos du traitement de l'avortement. (*Soc. d'Obst. et de Gynéc. de Paris*, séance du 4 janvier 1932.)
- MEYER. — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement du « Missed Abortion » (*Thèse de Strasbourg*, 1933-34.)
- PEYTEL (Adrien). — Les médecins et l'avortement. (*Paris Méd.*, 21 sept. 1935.)
- ROZIER (M^{me}; née CHABANNAIS). — Le rôle néfaste des avortements chez la femme. (*Thèse Bordeaux*, 1934-1935.)
- SCHWAREZ. — Contribution à l'étude du traitement des avortements. (*La Semana Medica*, n° du 7 janv. 1932.)
- SCHNEIDER. — Hémorragies dans les avortements. (*Zent. F. Gyn.*, N° 51, 18 déc. 1926.)
- STANOIE NICOLITCH. — Le traitement de l'avortement par le curage digital et le curettage associés. (*Th. Montpellier*, 1925-1926.)
- STEFANESCU. — Discussion sur le traitement des avortements des quatre premiers mois. (*Thèse Montpellier*, 1934.)
- TRILLAT-REBOND. — Péritonite aiguë à streptocoques post-abortum ; guérison par drainage abdomino-yaginal. (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 17, 252, mars 1928.)
- VALENSI (J.-C.). — Contribution à l'étude du traitement de l'avortement. (*Thèse de Paris*, 1935, Librairie Lipschutz, 4, Place Odeon, Paris.)
- VANDERZYPEN (A.). — Au sujet de l'action abortive de la folliculine. (*Soc. de Gyn. et d'Obst.*, séance du 2 mai 1936, in : *Bruxelles Méd.*, 7 juin 1936, N° 32.)
- VERMELIN. — De l'ouverture de l'œuf au cours de la gestation. Diagnostic. Conduite à tenir. (*J. des Prat.*, déc. 1927, p. 833.)
- VIGNES. — L'avortement. (*Le Concours Méd.*, 26 déc. 1926, p. 1774.)
- VIGNES. — Les avortements par causes mécaniques. (*Le Concours Méd.*, 26 déc. 1926, p. 2004.)
- VIGNES. — Avortement par maladies de la nidation. (*Le Concours Méd.*, 26 déc. 1926, p. 2116.)
- VIGNES (Henri). — L'interruption thérapeutique de la grossesse (*suite*). (*La Puériculture*, N° IX, 10 fév. 1936.)
- VIGNES. — Etiologie de l'avortement. (*Bruxelles Méd.*, 1927, p. 395.)

- VIGNES, (H.). — Le traitement de l'avortement habituel par l'extrait thyroïdien. (*La Puériculture*, N° X, déc. 1928, p. 464.)
- VIGNES, BARBAROS, DUFRÉNOY, CUROT. — Avortement et stérilité. (*Collect. des travaux de Path. comparée.*)
- WEIBEL. — Traitement de l'avortement. (*Wiener klin. Woch.*, N° 12, 23 mars 1934.)
- WERNER. — Traitement de l'avortement spontané. (*Wiener klin. Woch.*, N° 35, 1^{er} septembre 1933.)
- WONG. — Avortement manqué. (*The Chinese Medical Journal*, juillet, 1935, p. 609.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
Avortements simples.....	3
Discussion du Traitement	3
Technique de l'évacuation lente de l'utérus abortif...	8
Classification des avortements non compliqués.....	12
Avortement compliqués.....	29
Ictères à perfringens.....	29
Hystérectomies. Drainages abdominaux.....	33
Septicémies	42
Colpotomie	47
Drainage utérin par faisceaux de lamineaires.....	49
CONCLUSIONS.....	51
BIBLIOGRAPHIE.....	55

Saint-Amand (Cher), France. — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 31-5-1938

